

УДК 616.329:616.345]-089.28+617.53-007.271-007.253-089-072.1

© С.С. КСЕНОФОНТОВ, О.М. БІЛОЗЕРЦЕВ, В.Т. МІХНО

Донецький національний медичний університет ім. М. Горького, Донецьке обласне клінічне територіальне медичне об'єднання

Ендоскопічне лікування стенозів та нориць шийного співустя у пацієнтів із товстокишковим штучним стравоходом

S.S. KSENOFONTOV, O.M. BILOZERTSEV, V.T. MIHNO

Donetsk National Medical University by M. Horkyi, Donetsk Regional Clinical Territorial Medical Association

ENDOSURGICAL TREATMENT OF STENOSES AND FISTULAS OF CERVICAL CONNECTION IN PATIENTS WITH COLORECTAL ARTIFICIAL ESOPHAGUS

Формування шийного анастомозу при реконструктивно-пластичному заміщенні неповноцінного, ураженого хімічним опіком, стравоходу товстокишковим трансплантатом є найбільш відповідальним, технічно ретельним і якісно визначальним етапом езофагопластики. Стенози, рубцеві стриктури і нориці шийного співустя – післяопераційні стани, що нерідко зустрічаються у 8,4–39,6 % прооперованих та значно подовжують повноцінну соціальну реабілітацію таких пацієнтів [2, 3, 5, 7]. Тактично значущим у подальшому лікувальному аспекті моментом є патогенетична природа виникнення і прогресування рубцевого переродження зони проксимального анастомозу, основними ланками якої, за сучасними уявленнями, є неспецифічне запалення всіх стінок стравоходу і локальна тканинна ішемія [1, 4].

Formation of cervical anastomosis at reconstructive and plastic shift of defective and affected by chemical burn esophagus by colorectal transplant, is the most important, technically painstaking and qualitatively determinant stage of esophagoplastic. Stenoses, scar strictures and fistulas of cervical connection – post surgery states, which often occur in 8,4 – 39,6 % of operated patients, and significantly prolong full social rehabilitation of these patients [2, 3, 5, 7]. Tactically significant point in the future medical aspect is pathogenetic nature of origin and progression of degeneration cicatrice zone of proximal anastomosis, the main links of which is nonspecific inflammation of all esophagus walls and local tissue ischemia [1, 4].

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень та публікацій. Тенденція зростання частоти стенозів стравохідно-кишкових і особливо стравохідно-шлункових анастомозів, що відзначається останніми роками, зумовлена збільшенням абсолютного числа операцій, виконуваних із резекцією стравоходу і застосуванням зшивальних апаратів. Останніми роками ведеться активний пошук ефективних і безпечних способів дилатації стенозів анастомозів, оскільки при оперативних методах лікування післяопераційних стриктур летальність досягає 20 % [1, 2, 3, 6, 7]. Поряд з традиційними способами лікування післяопераційних звужень (бужування по струні, балонна дилатація) у клінічній практиці застосовуються різні ендовідеохірургічні втручання, лікувальна ефективність яких активно досліджується останніми роками. Рубцюваті стенози стравохідних анастомозів після різних видів езофагопластики (шлунковою трубкою, сегментом товстої або тонкої кишки) і різноманітних операцій

на шлунку та нижній третині стравоходу продовжують залишатися серйозною хірургічною проблемою. Залежно від рівня формування можна виділити “високі анастомози”, розташовані на рівні глотки і верхньої третини стравоходу, і “низькі”, що локалізуються на рівні діафрагми або дещо вище від неї. Дилатація стравохідного анастомозу під контролем рентгенотелебачення найчастіше виявляється технічно неможливою через ексцентричне розташування і звивистий хід співустя. Тому наявність рубцюватого стенозу стравохідного анастомозу є абсолютним показанням до застосування ендоскопічних методів лікування незалежно від рівня його локалізації, але особливо при стриктурах співустя після езофагопластики, що знаходяться на 1,5–2 см нижче за вхід у стравохід або на рівні глотки [3, 5–7].

Мета роботи: анонсована робота основана на новому підході до оперативного ендоскопічного лікування стенозів та рубцевих стриктур ший-

них анастомозів (ША), яке здійснювали за допомогою комбінованого інструментального бужування та гідравлічного балонного розтягнення, застосованого у комплексі з ендохірургічними втручаннями, медикаментозною терапією, а також виконанням імплантації клітинної культури алогенних фібробластів.

Матеріали і методи. Лікували 16 хворих із стенозом (10) на ґрунті рубцевої стриктури і норицею (6) шийного анастомозу, серед яких було 11 чоловіків і 5 жінок. Всі хворі, що спостерігалися, – особи соціально активного віку (в середньому $49,6 \pm 1,7$ року). Терміни розвитку стенозів після колоезофагопластики варіювали від 9 місяців до 6 років (у середньому 2,8 року), нориць – від 0,8 року до 1,5 року (в середньому 1,2 року). Клінічного розподілу по групах не передбачали.

Спектр клінічного перебігу. Клінічний спектр у цих осіб складався з дисфагії різного ступеня (за S.G. Bown), відригування і блювання, помірного болю, здуття і деформації зони анастомозу на шиї, а також наявності нориці з рясним пінявим віддільним муцинозного характеру, печіння при ковтанні, схуднення.

Верифікація та деталізація діагнозу. При обстеженні пацієнтів в обов'язковому порядку виконували контрастну рентгенографію, езофагоскопію, динамічну радіосцинтиграфію з 99mTc -колоїдом, найбільш суттєвим при якій є спроможність досить достовірно деталізувати початковий рівень рубцевих перероджень стінок анастомозованих органів. У пацієнтів із норицею шийного співустья, окрім того, виконували поєднане з ендоскопією медикаментозне окреслення нориці, що давало змогу поряд із діагностичними прицільно проводити також і лікувальні заходи.

Результати досліджень та їх обговорення. Оперативне ендоскопічне лікування стенозів та рубцевих стриктур ША здійснювали за допомогою комбінованого інструментального бужування та гідравлічного балонного розтягнення. Такі ендоскопічні оперативні втручання здійснювали курсами (3-5 втручань на курс) та під візуальним контролем, що значно полегшувало введення струни-направника, особливо при ексцентричному вході в стеноз/стриктуру та її звивистому ході. Підкреслюємо обов'язковість контрольної оцінки стану слизової оболонки зони звуження/стриктури після закінчення втручання. Кількість курсів

залежала від рівня вираження дисфагії та поліпшення суб'єктивних почуттів пацієнтів. У 7 хворих у лікуванні рубцевої стриктури виконали її електророзтинання за допомогою медичного апарата ЕК-300 М1 (Україна) у режимі "Різання", при подачі електричного імпульсу тривалістю не більш ніж 2-3 секунди і значенні температурного параметра "3". У п'ятьох наших пацієнтів клінічно впровадили методику, шляхом оперативної ендоскопії, імплантації на місце розтину стриктури клітинної культури алогенних фібробластів ін'єкційним способом задля запобігання подальшому рубцевому переродженню ША. Слід наголосити, що ці втручання здійснювали тільки при високих (проксимальних) та коротких (до 1 см) рихлих рубцевих стенозах співустья. У лікуванні нориць, після ендоскопічного виявлення медикаментозно окресленої ззовні внутрішньої норицевої відтулини, здійснювали імплантацію клітинної культури алогенних фібробластів ін'єкційним способом як навколо самої внутрішньої норицевої відтулини (у 3 пацієнтів), так і через самий норицевий хід на поверхні шиї (у всіх хворих). Також у 2 чоловіків через зовнішній отвір на боковій поверхні шиї обробили норицевий хід за допомогою медичного апарата ЕК-300 М1 в режимі "Зварювання".

Висновки. 1. У даний час ендоскопічні методи є пріоритетними в лікуванні хворих із рубцевими стриктурами шийних стравохідних анастомозів. Вони досить прості, ефективні, безпечні і можуть застосовуватися як первинно, так і при лікуванні рестенозів.

2. На підставі отриманих даних ми вважаємо, що до реконструктивних хірургічних операцій у даній категорії хворих слід вдаватися лише при неефективності ендоскопічного лікування.

3. У хворих із рубцюватим стенозом анастомозу остаточний діагноз встановлюється тільки на ґрунті даних ендоскопічного дослідження та динамічної радіосцинтиграфії. Ендоскопічне видалення грануляції, розтин рубцюватих утворів, видалення лігатур дозволяють отримати найповноцінніший біопсійний матеріал.

4. Лікування післяопераційних стенозів слід виконувати комплексним способом за допомогою комбінованого інструментального бужування та гідравлічного балонного розтягнення, застосованого у комплексі з ендохірургічними втручаннями, медикаментозною терапією, а також здійснен-

ням імплантації клітинної культури алогенних фібробластів.

5. Розтин рубцюватого каналу голчастим електродом при ендоскопічному лікуванні післяопераційного стенозу підвищує ефективність лікування, оскільки свіжоутворена рубцювата тканина без попереднього розтину легко розтягується при дила-

тації і бужуванні та швидко повертається у початковий стан.

6. Набутий досвід оперативного ендоскопічного лікування стенозів та нориць шийного співюстя в осіб із товстокишковим штучним стравоходом довів його достатньо переконливу ефективність та перспективність у напрямку подальшого вдосконалення.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Андреев А.Л., Галлингер Ю.И. Эндоскопические вмешательства при рубцовых стриктурах пищеводных анастомозов // Хирургия. – 1992. – № 4. – С. 8–13.
2. Годжелло Э.А., Галлингер Ю.И. Эндоскопическое лечение стриктур пищеводных анастомозов. Современные технологии в торакальной хирургии. – М., 1995. – С. 57–58.
3. Годжелло Э.А., Галлингер Ю.И. Непосредственные и отдаленные результаты эндоскопического лечения стриктур пищеводных анастомозов после эзофагопластики // Хирургия. – 1998. – № 6. – С. 26–28.
4. Ефименко Н.А., Белоголовцев В.А., Словеснов Ю.И. Эндоскопическая баллонная гидродилатация в лечении рубцовых стриктур пищевода и пищеводных анастомозов // Воен.-мед. журн. – 1995. – № 3. – С. 70.
5. Согников А.В., Дубинская Т.А. Комбинированный эндоскопический способ лечения послеоперационных сужений пищевода-желудочных и пищевода-кишечных анастомозов // Материалы 1-й научной сессии Российской медицинской академии последипломного образования. “Успехи теоретической и клинической медицины”. – М., 1995. – С. 106–107.
6. Согников В.Н., Логинова Т.А., Согников А.В., Острецова Г.С. Вибрационный способ бужирования при рубцовых стриктурах пищевода // Хирургия. – 1997. – № 8. – С. 25–27.
7. Wei G.Q. et al. Dilatation of stricture of anastomosis after reconstruction of esophagus // Chung Hua Wai Ko Tsa Chih. – 1994. – Vol. 32, № 12. – P. 753–754.

Отримано 25.08.10